

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 53

Indications du traitement chirurgical
dans les formes
Ascitiques cloisonnées et fibro-caséeuses
de la Péritonite tuberculeuse

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Décembre 1923

PAR

Jacques-Paul-Robert-Gabriel GALLAND

MÉDECIN AUXILIAIRE DE LA MARINE

Né à BORDEAUX (Gironde), le 24 Novembre 1899

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	} <i>Président.</i>	
		BÉGOULIN, professeur.....		} <i>Juges.</i>
		ROCHER, agrégé.....		
		PAPIN, agrégé.....		

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES
8, Rue de Cursol, 8

1924

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 53

Indications du traitement chirurgical
dans les formes
Ascitiques cloisonnées et fibro-caséeuses
de la Péritonite tuberculeuse

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Décembre 1923

PAR

Jacques-Paul-Robert-Gabriel GALLAND

Né à BORDEAUX (Gironde), le 24 Novembre 1899

MÉDECIN AUXILIAIRE DE LA MARINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	} <i>Président.</i>	
		BEGOUIN, professeur.....		} <i>Juges.</i>
		ROCHER, agrégé.....		
		PAPIN agrégé.....		

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES
8, Rue de Cursol, 8

1923

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES. ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	VERGER.
id.	CASSAET.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.
id.	VILLAR.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.
Clinique d'accouchements ..	RIVIERE.
Anatomie pathologique et mi- croscopie clinique	SABRAZES.
Anatomie générale et histolo- gie	PICQUE.
Physiologie	G. DUBREUIL.
Hygiène	FACHON.
Médecine légale et déontolog.	AUCHE.
Physique biologique et cliniq. d'électricité médicale	N.
Chimie	BERGONIE.
Botanique et matière médicale	CHELLE.
Pharmacie	BEILLE.
Zoologie et parasitologie	DUPOUY.
Médecine expérimentale	MANDOUL.
	FERRE.

	MM.
Clinique ophtalmologique....	LAGRANGE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	DENUCE.
Clinique gynécologique.....	BEGOUIN.
Clinique médicale des mala- dies des enfants	MOUSSOUS.
Chimie biologique et médicale	DENIGES.
Physique pharmaceutique ...	SIGALAS.
Médecine coloniale et clin.des maladies exotiques	LE DANTEC.
Clinique des maladies cuta- nées et syphilitiques	W.DUBREUIL.
Pathologie externe et chirur- gie opérat. et expérimentale	GUYOT.
Clinique des maladies nerveu- ses et mentales	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngol.	MOURE.
Toxicologie et hygiène appli- quée	BARTHE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.

MM. PRINCETEAU (Anatomie — LABAT (Pharmacie)
CARLES (Thérapeutique et pharmacologie) — PETGES (Vénéréologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie et embryologie....	VILLEMIN.
Histologie	LACOSTE.
Physiologie	DELAUNAY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.
Parasitologie et sciences na- turelles	R. SIGALAS.
id.	N...
Physique biologique et médic.	RECHOU.
Chimie biol. et médicale...	HERVIEUX.
Médecine générale	MAURIAC.
id.	LEURET.
id.	DUPERIE.
id.	CREYX.

	MM.
Médecine générale	MICHELEAU.
id.	BONNIN.
Maladies mentales	PERRENS.
Médecine légale	LANDE.
Chirurgie générale	ROCHER.
id.	DUVERGEY.
id.	PAPIN.
Obstétrique	PERY.
id.	FAUGERE.
Ophtalmologie	TEULIERES.
Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Pharmacie	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Clinique dentaire	CAVALIE
Médecine opératoire	N.
Accouchements	PÉRY
Ophtalmologie	CABANNES.
Puériculture	ANDERODIAS.

	MM.
Démonstrations et prépara- tions pharmaceutiques	LABAT.
Chimie	N.
Pathologie interne	N.
Chimie analytique	N.
Hygiène appliquée	N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre
et les infirmes.....

MM. ROCHER

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..

GOURDO

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses
qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entre-
ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

Dont la vie fut toute le travail.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Qui toujours me montrèrent l'exemple du travail et du devoir. Pour tous les sacrifices auxquels ils ont consenti pour moi, qu'ils trouvent ici l'expression de ma reconnaissance et de ma piété filiale.

A MA SŒUR

En témoignage d'une tendre affection.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. MERLEAU-PONTY

MÉDECIN EN CHEF DE 2^e CLASSE DE LA MARINE

SECRÉTAIRE DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE SANTÉ

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR U. FULCONIS

MÉDECIN PRINCIPAL DES TROUPES COLONIALES

DÉTACHÉ A L'ÉCOLE DE GUERRE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

A MONSIEUR CLERC

SOUS-CHEF DE BUREAU AU MINISTÈRE DE LA MARINE

(SERVICE DE SANTÉ)

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLEMY

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ

DE LA MARINE ET DES COLONIES

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MES MAÎTRES ET PROFESSEURS DE LA FACULTÉ
ET DE L'ÉCOLE

A QUELQUES RARES AMIS, BONS CAMARADES,
DE L'ÉCOLE DE SANTÉ DE LA MARINE

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT
PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXTERNE ET CHIRURGIE OPÉRATOIRE
ET EXPÉRIMENTALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN TITULAIRE DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ
CORRESPONDANT NATIONAL DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE
OFFICIER DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE

INTRODUCTION

Le titre de notre travail indique la considération dominante qui a inspiré nos recherches : tâcher de démontrer que contrairement à l'avis de beaucoup d'auteurs, il est bon d'opérer (sous certaines conditions essentielles) dans les formes ascitiques enkystées et fibro-caséieuses de la péritonite tuberculeuse.

Nous disons formes ascitiques enkystées et fibro-caséieuses : le champ de nos investigations est donc limité. D'ailleurs, le traitement chirurgical dans les autres formes de la péritonite tuberculeuse, pratiqué d'abord à la suite d'erreurs de diagnostic, est devenu la méthode de traitement de choix de cette affection.

Nous étudierons successivement :

Dans une première partie, l'anatomie pathologique de la péritonite tuberculeuse, ses diverses formes et particulièrement les formes ascitique et fibro-caséieuse, leurs symptômes, leurs complications.

Dans une deuxième partie, l'historique de la question.

Une troisième partie comporte les traitements actuels de la péritonite tuberculeuse dans les formes qui nous intéressent et leur critique.

La quatrième partie décrira les indications du traitement chirurgical et la technique opératoire.

Enfin nous fournirons à l'appui de nos dires, quelques observations et nous tirerons des conclusions de tout ce qui précède.

En terminant, je tiens à remercier ici Monsieur le Professeur Guyot de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique

Symptômes et Complications

Nous savons que les effets du bacille de Koch sur le péritoine et le tissu sous-séreux dépendent de la quantité des bacilles, de leur virulence et de l'action toxique de leurs toxines.

Pour classifier les diverses formes de la péritonite tuberculeuse, nous avons pris la description, classique aujourd'hui, de Pierre Duval (1911). Nombreux auparavant furent les essais de classification (telle celle de l'auteur suédois Lindfors, en 1889), mais aucune ne nous a paru aussi claire.

1° *Forme ascitique*. — Le tubercule pouvant rester à l'état de granulations grises et déterminer la transsudation d'une sérosité que l'on peut comparer à celle de la pleurésie séreuse, ou à l'« hydrops tuberculosus » (de Wolkman) dans les articulations.

Cette forme se voit surtout dans la deuxième enfance, chez les jeunes filles. Elle donne différents types cliniques tels que : l'ascite essentielle des jeunes filles (Cruveilhier), la péritonite exsudatrice chronique simple des enfants (Henoch), hydropisie-ascite des enfants (Wolff), ascite tuberculeuse curable de la grande enfance (Marfan), etc.

Cliniquement, le début a lieu par des troubles gastro-intestinaux divers : on note des frissons, de la température vespérale, du ballonnement du ventre; le malade maigrit. Enfin,

au bout de huit à quinze jours, les symptômes s'atténuent, mais il se développe une ascite libre persistante, sans circulation collatérale au niveau de la paroi. La guérison peut survenir spontanément ou à la suite d'une intervention chirurgicale.

2° *Forme fibro-caséeuse.* — Elle peut être la conséquence de l'une des formes précédentes (forme pleuro-péritonéale, ascitique) ou bien peut survenir d'emblée.

C'est alors que le tubercule a évolué vers le ramollissement et la fonte caséeuse; cette forme peut être généralisée ou partielle.

Quoi qu'il en soit, les lésions anatomiques sont les mêmes et la seule différence est, comme leur appellation le dit, que les formes partielles sont circonscrites. Dans ces formes partielles nous avons trois types cliniques bien nets : ce sont la pelvi-péritonite caséeuse, survenant à la suite et par le fait de lésions tuberculeuses de l'appareil génital de la femme; la pérityphlite tuberculeuse : l'appendice, le cæcum et les ganglions rétro-cæcaux étant englobés par les fausses membranes; la périhépatite caséeuse, découlant d'une tuberculose du foie.

Anatomiquement, les formes généralisées ou partielles se caractérisent par l'agglutination des anses intestinales, souvent adhérentes à la paroi. La séreuse, épaissie et vascularisée, présente des adhérences interviscérales et viscéro-pariétales. Ce sont de fausses membranes, rougeâtres ou jaunâtres, séparant des poches remplies d'un liquide purulent ou séro-purulent : elles sont semées de granulations et de masses caséeuses ou de petits abcès, formant à leur surface un véritable piquetis de points blancs opaques. Le grand épiploon, lui, est épais et ramassé en un bourrelet rétracté, infiltré de granulations et de points caséeux. Les anses sont agglutinées, grâce à des néo-membranes fragiles, entamées souvent par le processus de caséification : d'où le danger de déchirures, quand on veut dissocier le paquet intestinal aggloméré.

Cliniquement, cette forme débute par des désordres gastro-intestinaux : nausées, vomissements, alternatives de constipation et de diarrhée. Le malade maigrit rapidement ; son ventre est parcouru d'un réseau veineux, sous-ombilical, tendu, vernissé. En percutant, on délimite des zones mates et d'autres sonores. En palpant profondément, on peut trouver un, ou plusieurs, empâtements « gâteaux péritonéaux ». Puis vient la cachexie avec température montant jusqu'à 39°.

La guérison spontanée est rare : la mort vient par la cachexie ou la généralisation tuberculeuse. Quand la fièvre persiste, avec grandes oscillations, que les sueurs sont de plus en plus abondantes avec frissons irréguliers et dénutrition progressive et sûre, c'est alors qu'il faut craindre les complications toujours possibles. Nous pourrions assister à l'ouverture d'une collection louche, séro-purulente, au voisinage de l'ombilic (phlegmon péri-ombilical de Vallin) ; ou bien les abcès peuvent s'ouvrir dans un viscère creux, tels que le vagin ou l'intestin (phlegmons stercoraux le plus souvent mortels). Souvent, dans ces cas, les malades sont atteints d'accidents infectieux secondaires, locaux (phlébite) ou généraux (dégénérescences amyloïdes, septicémies).

3° *Les formes fibro-adhésives.* — Ces formes peuvent débiter par une phase ascitique ou bien être sèches d'emblée. Elles se divisent donc en formes ascitique et anascitique.

Dans cette dernière forme, le processus fibro-plastique amène « la rétraction du ventre en bateau par symphyse des feuillets pariétaux ou viscéraux, la formation de cordes épiploïques tendues sous la paroi, ou l'agglomération en masse des anses intestinales au-devant du rachis ».

La péritonite tuberculeuse à forme anascitique (ou sèche) a été étudiée particulièrement par M. Armand-Delille, auteur de nombreux travaux sur cette affection. Nous lui emprunterons la symptomatologie de cette forme.

Elle s'observe le plus souvent chez les enfants ou dans le sexe féminin au moment de l'adolescence. Elle peut dé-

buter soit par des accidents péritonéaux d'allure assez brusque, coliques, vomissements accompagnés d'une réaction fébrile intense et se faisant presque toujours par accès; soit d'une manière plus insidieuse, et prend alors la forme d'une typho-bacillose. Dans l'un et l'autre cas, ces symptômes paraissent bien être en rapport avec la poussée granulique qui marque l'ensemencement du péritoine.

Quel que soit le mode de début, rien n'attire avec précision, l'attention du côté du péritoine : il y a bien des douleurs abdominales, mais sans localisation précise, le ventre reste souple et il ne se produit pas d'ascite. Mais l'état fébrile ou sub-fébrile persiste pendant des semaines, avec une courbe thermique régulière ou irrégulière; les vomissements ne se reproduisent pas, mais il y a de l'anorexie plus ou moins marquée, parfois à caractère électif, et le malade maigrit. Cependant la langue reste bonne et l'état général paraît peu touché.

Dans certains cas les douleurs paraissent prédominer dans une région déterminée, et suivant leur siège, elles font croire, soit à de l'appendicite, soit à de la cholécystite, surtout si on observe de petites poussées subictériques, comme on peut le voir dans certains cas où elles sont dues en réalité à la compression du cholédocque par des ganglions tuberculeux sous-hépatiques.

Ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines et quelquefois de deux ou trois mois, qu'on peut voir apparaître un peu d'empâtement du ventre et que l'on arrive à percevoir sur une étendue limitée, une ou plusieurs masses donnant la sensation de gâteaux épiploïques et qui permettent de confirmer le diagnostic.

L'affection laissée à elle-même paraît avoir une tendance naturelle à la guérison, et dans plusieurs cas où la laparotomie ne fut pas pratiquée, la résolution a pu se faire progressivement sous l'influence d'une cure héliothérapique en station d'altitude. Mais le plus souvent une erreur de diagnostic (appendicite, cholécystite, affection annexielle)

ayant été faite, une laparotomie permet de reconnaître l'existence de granulations tuberculeuses sur le péritoine et d'instituer un traitement rationnel.

Mais ce processus fibro-plastique, qui est un facteur de guérison, peut aller au-delà du degré utile et déterminer de graves complications.

Ces complications, signalées une première fois en 1827 par M. Louis, puis décrites par MM. Cossy (1856), Besnier (1860) et Henrot (1868), sont les suivantes : D'abord l'union possible, plus ou moins intime, de deux organes, même très éloignés, tels que l'estomac et l'utérus (citée par les auteurs du *Compendium de médecine*). Puis l'arrêt plus ou moins complet de la circulation des matières intestinales, dû à ce que les paquets d'anses grêles, englobés dans les néomembranes fibreuses, sont enserrés, immobilisés et déterminent ainsi un arrêt des contractions péristaltiques, véritable « paralysie de l'intestin ». Ou bien c'est une bride rétractile ou plusieurs qui étranglent l'intestin. Ou bien c'est une coudure brusque de l'intestin qui détermine son occlusion. Enfin, le foie, les voies biliaires, la rate, participent à cette « périviscérite scléreuse » et cette sorte de cirrhose périphérique trouble gravement leur bon fonctionnement.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Jusqu'aux dernières années du XIX^e siècle, la péritonite tuberculeuse était considérée comme n'étant susceptible que d'un traitement uniquement médical.

Et pourtant déjà, au XVIII^e siècle, en 1792, Peter Franck proposait la laparotomie pour évacuer « *abcessus peritoneo ad abdominales musculos exorti* ». Mais son avis ne fut pas entendu des chirurgiens qui reculèrent toujours devant une opération, aujourd'hui courante, mais redoutable alors, l'antisepsie étant ignorée.

Ce n'est qu'en 1880 environ, qu'on voit proclamer l'efficacité et même souvent l'obligation de l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse.

Schmidt, en 1882, assimile l'exsudat péritonéal à l'exsudat pleurétique. Tait, autre auteur anglais, proclame qu'il faut évacuer le pus de la cavité abdominale, comme on évacue celui des autres cavités suppurées. Price, de Philadelphie, en 1890, prétend que, seule, la laparotomie précoce peut sauver un malade atteint de péritonite suppurée diffuse.

Spencer Wells, qui fit, en 1863, la première laparotomie connue sur un péritoine tuberculeux, l'avait faite par une erreur de diagnostic : nous ne rappellerons pas ici son observation, suffisamment connue comme cela. Toujours est-il qu'en 1889, son opérée vivait encore et en excellente santé.

Pendant une vingtaine d'années, la laparotomie fut toujours la suite d'une erreur de diagnostic. Ainsi Schücking

a obtenu chez une de ses malades, une survie de quinze ans et Stellweg une survie de treize ans.

Mais c'est Koenig qui, le premier, en 1884, fit une laparotomie raisonnée et à bon escient pour une péritonite tuberculeuse diagnostiquée, à la suite de quoi il publia son mémoire : « De la tuberculose péritonéale et des tumeurs apparentes qu'elle détermine dans l'abdomen, avec remarques sur le pronostic et le traitement de cette maladie. » Dans ce mémoire, le chirurgien allemand conseille l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse.

Ce n'est pourtant guère qu'à partir de 1887 qu'on commence à poser les indications et les contre-indications de l'intervention, en le basant sur les différentes formes de l'affection.

Pour réagir contre les idées de O'Callaghan, qui voulait qu'on opérât systématiquement toutes les péritonites tuberculeuses, de nombreux auteurs s'élèvent contre cette opinion, et même en prennent le contre-pied absolu : Boulland, Le Gendre, du Cazal, Millard, Rendu, etc., essayent de prouver, en 1893, à la Société médicale des Hôpitaux, que la péritonite tuberculeuse peut être guérie par le seul traitement médical, et fournissent un contrôle bactériologique à l'appui de leurs dires. Yarochevski croit même pouvoir affirmer, en 1896, que la mortalité avec le traitement médical seul, s'élève seulement de 40 à 55 %.

Puis viennent les deux importants travaux de Maurange et de Pic.

Maurange, dans sa thèse, à Paris (1888), « De l'intervention chirurgicale de la péritonite tuberculeuse. Etude critique et statistique », n'admet pas le traitement chirurgical dans les formes de cette affection autres que celles avec ascite. Toutefois il entrevoit la possibilité d'une intervention s'imposant au chirurgien, mais conclut que les cas susceptibles de bénéficier avantageusement d'une opération, sont à peu près impossibles à diagnostiquer : « Mais on conçoit quelle difficulté il y a à reconnaître un foyer circonscrit,

alors que, quand tout le péritoine est envahi, les erreurs de diagnostic sont si fréquentes. » En effet, dans sa statistique, la péritonite tuberculeuse n'avait été diagnostiquée avant l'opération, que dans la proportion de 19,71 %.

Elmassian, en 1890, étend les indications de l'intervention chirurgicale à la forme « membraneuse ou sèche », mais se refuse à opérer les formes fibro-caséuses, et donne à l'appui de ses dires 4 observations de Czerny, de formes caséuses opérées et suivies de mort, soit par péritonite suraiguë, soit par tuberculose miliaire.

Pic, dans sa très importante thèse, fait remarquer que c'est pour n'avoir pas tenu compte des distinctions de la péritonite tuberculeuse en ses trois grandes classes (miliaire aiguë, ulcéreuse et fibreuse), ou pour l'avoir divisée seulement en forme ascitique et forme sèche, que la plupart des chirurgiens s'étant occupés jusque-là de la question, n'ont pas abouti à des conclusions bien nettes, et ont obtenu des résultats opératoires souvent désastreux. Sa conclusion est : « Nous ne connaissons pas d'intervention dans la péritonite tuberculeuse miliaire aiguë. Dans la forme ulcéreuse suppurée, la guérison a été obtenue dans 42,85 % des cas. Dans la forme ulcéreuse sèche, la proportion des guérisons est nulle (deux interventions, deux morts). Dans la forme fibreuse sèche : 71,42 %. Dans la forme ascitique généralisée : 73,33 %, et enfin dans la forme ascitique enkystée, dans 95,12 % des cas. »

Winckel, dans son rapport présenté au XII^e Congrès de chirurgie de Moscou (août 1897), conclut, après avoir exposé de nombreuses statistiques, que l'intervention ne donne pas de bons résultats que parce qu'on ne retire que peu ou pas de liquide exsudé. Pour lui, les meilleurs résultats correspondent aux exsudats séro-purulents récents, les plus mauvais aux formes suppurées diffuses.

Par contre, Brachet, en 1898, dit que l'intervention chirurgicale a une influence toute puissante sur les péritonites franchement tuberculeuses, et que, quelle que soit la forme,

miliaire, aiguë, adhésive, tuberculeuse, l'opération est toujours efficace.

Aldibert donne la statistique suivante de guérisons opératoires :

a) Forme ascitique : 69,2 %. Dans 40,7 % guérisons maintenues après 1, 2, 11, 12 et 25 ans.

b) Forme ulcéreuse sèche : 25 %. Une seule persistait après un an.

c) Forme fibreuse sèche : 68,4 %, dont 37 % de guérisons probablement définitives.

Leguen, lui, donne les résultats suivants :

a) Forme ascitique : 76 % de guérisons opératoires : sur ce chiffre on note 56,5 % persistant après 1 an et 25 % après 2 ans.

b) Forme ulcéreuse : 59 %. Mais sur ce chiffre, l'auteur cite plusieurs cas de fistules stercorales. (Jalaguier a eu le même accident 4 fois sur 5 cas opérés par lui.)

c) Forme fibreuse : 33 %.

En résumé, si nous faisons la moyenne des guérisons opératoires obtenues par Pic, Aldibert et Legueu, nous obtenons la statistique suivante :

Forme ascitique : 76,05 %.

Forme ulcéreuse : 42,28 %.

Forme fibreuse : 57,61 %.

Ce qui fait une moyenne globale de 58,65 % de guérisons opératoires. Nous voilà donc bien loin déjà des moyennes données par les premiers auteurs : 83 % (Maurange), 81,5 % (König), 87,4 % (Rontier).

Si maintenant nous examinons les guérisons maintenues plus d'une année, nous trouvons :

Forme ascitique : 40 %.

Forme fibreuse : 30,7 %.

Forme ulcéreuse : à peine 2 % !

Notons cependant que ces statistiques ne peuvent nous donner une idée de la valeur de l'opération qu'approximative. En effet, elles sont faussées de ce fait que les opéra-

tions sont pratiquées sur des malades d'hôpital, c'est-à-dire des gens souvent misérables, ayant travaillé jusqu'à la limite de leurs forces avant d'entrer à l'hôpital. Sitôt à peu près guéris, ils reprennent leur misérable existence et n'ont pas les moyens de suivre un traitement post-opératoire, médical et hygiénique, traitement de la tuberculose (cure d'air, suralimentation, etc.), qui, s'il était fait, améliorerait de beaucoup le pourcentage de guérisons opératoires définitives.

Bonet, dans sa thèse (1903), considère l'intervention chirurgicale comme le meilleur traitement. Mais il dit que c'est dans la forme ascitique que l'on obtient les meilleurs résultats; puis vient la forme fibreuse, qui est, comme nous le savons, un processus de guérison spontanée de l'affection. Enfin la forme caséuse, qui est la moins favorable, à cause sans doute de la caséification et de la transformation purulente des produits tuberculeux. De plus, il conseille l'abstention absolue dans la forme aiguë.

Il est remarquable que dans les dernières années du XIX^e siècle et les premières du XX^e siècle, les publications sur l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse se ralentissent énormément. Cela est dû à ce que l'on revient nettement, à cette époque, à l'idée du traitement purement médical.

Berger, dans la Revue générale de clinique et de thérapeutique, pose nettement les indications du traitement chirurgical, comme il l'entend, dans la tuberculose péritonéale. Il faut distinguer, dit-il, cette affection en ses trois formes. Dans la forme ascitique, l'intervention chirurgicale est le traitement de choix, et le seul qu'il admette. Dans la forme fibro-adhésive, il déclare que la chirurgie agit peu favorablement, bien que des poches liquides restent parfois interposées entre les néo-membranes de formation. Quant aux formes caséuses : « La chirurgie est en général impuissante en raison de la généralisation des foyers. Aussi n'opèrera-t-on pas ces malades. »

Broca, dans son rapport au Congrès de Lisbonne, fait des réserves sur l'opportunité du traitement chirurgical. Même dans la forme ascitique, il ne faut pas se presser d'opérer; la précocité de l'incision n'est pas une condition de succès : « Ceux qui ont pensé que toute péritonite tuberculeuse reconnue, serait judiciable de la laparotomie, ceux-là ont eu tort. »

L'état des indications du traitement par la chirurgie, vers 1906, est assez bien exposé par M. Jossierand, qui, s'apercevant qu'on opérât beaucoup moins cette affection dans les milieux hospitaliers, autour de lui, demande à la Société des Sciences médicales de Lyon, l'avis de ses collègues les plus compétents.

M. Weill déclare avoir complètement abandonné l'idée d'intervention dans la tuberculose péritonéale, de ce que plusieurs cas traités médicalement par lui sont sortis de l'hôpital complètement guéris, alors que les cas traités chirurgicalement ont donné des résultats désastreux. Sur 47 cas cités, 7 seulement ont été opérés. Sur les 7 enfants opérés, 3 sont morts peu de temps après l'intervention, tous les 3 étant des formes fibro-caséieuses; les 4 cas restant étaient des formes ascitiques; un enfant a été emmené mourant vingt jours après l'opération, et sur les 3 autres, 2 sont restés stationnaires et un seul paraît avoir subi une amélioration.

M. Nové-Jossierand, lui, déclare que l'intervention dans la péritonite tuberculeuse doit rester un traitement d'exception, visant une complication bien définie, car elle ne paraît pas avoir une influence certaine sur la rétrocession de la tuberculose péritonéale elle-même.

Par contre, M. Bérard s'élève contre cet exclusivisme et essaie de remettre un peu en faveur auprès des praticiens l'idée de l'intervention chirurgicale. Il déclare, qu'en attendant qu'on soit mieux fixé, il serait peut-être aussi imprudent de rejeter *à priori* (parfois même comme opération précoce), la laparotomie, que d'appliquer l'aphorisme des

chirurgiens de l'époque avoisinante de 1889, qui disaient que le diagnostic de la péritonite tuberculeuse impose la laparotomie immédiate.

De même, M. Durand dit qu'il faut distinguer avec soin les variétés cliniques de l'affection et que certaines formes peuvent et même doivent être opérées.

Dans un rapport présenté par MM. Achard et Leblanc à la Société médicale des hôpitaux de Paris, M. Achard rapporte un cas de péritonite tuberculeuse à forme caséuse chez un homme de 62 ans, et à ce propos, il demande si le traitement doit être médical ou chirurgical. Sur quoi M. Caussade récuse l'intervention chirurgicale, du fait qu'il est toujours dangereux de toucher un abcès tuberculeux avec le bistouri : le traitement, d'après lui, doit être héliothérapique seulement.

C'est aussi l'opinion de M. Achard. Par contre, M. Lortat-Jacob, lui, préconise l'intervention.

M. Stévenin, dans le *Bulletin Médical*, dit qu'on ne pratique plus guère, maintenant, l'intervention chirurgicale, et dans n'importe quelle forme, ayant constaté que la péritonite tuberculeuse guérissait aussi bien par le traitement médical. De même, il rejette la ponction avec injections modificatrices (acide borique, air stérilisé, oxygène, naphthal camphré, etc.) : on ne la pratiquera que lorsque l'épanchement est trop abondant.

Enfin tout dernièrement, dans un numéro du *Journal Médical Français*, M. Sauvé donne les conclusions thérapeutiques suivantes pour les formes de la péritonite tuberculeuse, nous intéressant. « La saine thérapeutique générale tuberculeuse, bien définie actuellement, associée dans certains cas à des moyens locaux rationnels, telle est la base du traitement. »

Toutefois, si ces moyens locaux (héliothérapie, fuisénothérapie) ne donnent que des résultats insuffisants, il vaut mieux recourir à l'acte chirurgical, choisi avec bon sens chez des sujets déjà déficients. « Le plus ancien est le meilleur, la

simple laparotomie, sans qu'il faille en faire un moyen perpétuellement miraculeux. » Il faudra écarter, dans ce traitement local, les manœuvres multiples, telles que non seulement les ponctions et lavages, mais aussi les anastomoses vasculaires, l'opération de Ruotte et la roentgénisation.

« Les résultats opératoires sont modestes, mais encourageants, dans les formes moyennes prises assez tôt. Les formes légères au début guérissent toutes seules, et les formes graves avec fièvre élevée ne sont pas pour tenter le chirurgien. »



CHAPITRE III

Traitements actuels de la tuberculose péritonéale et critique

Voyons maintenant quels sont actuellement les traitements employés pour lutter contre la péritonite tuberculeuse. Ils sont extrêmement nombreux et leur multiplicité même prouve non leur inefficacité, mais leur imperfection.

Il faut les diviser en deux grandes classes : les traitements non sanglants et les méthodes sanglantes.

Les méthodes non sanglantes agissent les unes sur l'état général : mais ce traitement général de la tuberculose ne doit pas être une arme unique : en effet, l'on peut dire qu'il doit être appliqué, concurremment à tout autre traitement local sanglant ou non. Signalons la tuberculinothérapie, que l'on n'emploie plus actuellement en France, dangereuse dans l'état de nos connaissances sur ce procédé; la sérothérapie (sérum de Jousset) paraissant inefficace dans les formes avancées; et enfin l'auto-sérothérapie, que l'on pratique avec le liquide ascitique du malade lui-même; l'autohémothérapie de Mouriquaud.

Les autres agissent localement. D'abord la chimiothérapie, qui a donné de bons résultats dans les tuberculoses chirurgicales non péritonéales, et qui paraît être d'un grand avenir quand elle sera au point : ce sont les sels de terres rares bien étudiés par Grenet. La roentgénéothérapie, si louangée par les spécialistes allemands, ne paraît pas mériter ces com-

pliments excessifs, en raison de ce qu'elle peut déterminer des accidents diarrhéiques et des troubles de l'état général redoutables.

Il en est tout autrement de la méthode par les irradiations solaires ou par les rayons ultra-violets : nous y reviendrons tout à l'heure à propos du traitement.

Quant aux autres traitements locaux, ils sont légion : nous ne parlerons que pour mémoire des nombreux procédés de révulsion, des mouchetures au niveau de la paroi abdominale, pour parler de l'introduction par la ponction de substances modificatrices. La ponction peut être simplement évacuatrice ou bien suivie d'injection d'air stérilisé (Mosetig-Moorhof), d'oxygène (Thiriar), d'eau boriquée chaude (Debove), d'eau stérilisée, de naphthol camphré, d'huile camphrée, d'éther iodoformé, de glycérine officinale, de sérum de chien (Kirmisson et Pinard).

Or toutes ces méthodes ne sont pas à retenir, parce que dangereuses, soit par la toxicité de leur produit (et en particulier du naphthol camphré), soit et surtout à cause de leur technique aveugle : même en présence d'une ascite libre, on ne connaît pas l'état de l'intestin qui est, toujours, plus lésé que l'état du malade ne peut le faire supposer et peut être blessé par ces méthodes, d'ailleurs le plus souvent inefficaces.

Toutefois, il ne faut retenir de ces procédés que deux méthodes : les injections de gaz dans la séreuse péritonéale, ces gaz étant soit l'éther, soit l'air simplement. Guillaumont (de Courpière) a établi la technique suivante, qui lui a donné de très bons résultats : Après avoir ponctionné l'abdomen avec deux trocars et évacué le liquide, il adapte un des trocars à un tuyau de caoutchouc relié à une bouteille aux trois-quarts pleine d'éther et bouché par le bouchon à tubulures de l'appareil Potain : une des deux tubulures communique à un trocart et l'autre à une pompe qui, fonctionnant, envoie dans l'abdomen un mélange d'air et d'éther, qui ressort par le second trocart : en fermant de temps en

temps le trocart à échappement, on obtient une distension du ventre par les vapeurs d'éther qui imprègnent les moindres recoins de l'abdomen. La séance dure une demi-heure.

Une autre méthode est celle préconisée par P.-E. Weill et D. Loiseleur, qui pratiquent la pneumo-séreuse dans les péritonites tuberculeuses avec épanchement, en se servant de l'air; ils injectent un volume d'air égal à la moitié du liquide enlevé. Sur 6 cas traités, ces auteurs ont obtenu 3 guérisons complètes et 3 insuccès; mais 5 fois sur 6, la pneumo-séreuse a tari plus ou moins vite l'épanchement. Cette pneumo-séreuse peut être répétée 3 et même 5 fois. Toutefois l'opinion des auteurs n'est pas formelle au sujet de l'extension de ce procédé aux formes fibreuses et fibro-caséennes : d'après eux la pneumo-séreuse doit servir de premier temps dans le traitement de la péritonite tuberculeuse chez l'adulte (elle n'est pas applicable chez l'enfant) pour assécher le péritoine et faire disparaître la fièvre.

Nous pensons, qu'en réalité, il ne subsiste de tous ces traitements non sanglants, que la méthode des rayons solaires ou ultra-violet; et peut-être de la radiothérapie préconisée par E. Albert Weil, mais dans les formes ascitiques et fibreuses sans généralisation pulmonaire et sans cachexie.

Les méthodes sanglantes sont aussi nombreuses que les précédentes : nous ne parlerons pas du traitement chirurgical des complications, telles que l'occlusion (qui, s'il n'est guère facile, doit cependant être fait d'urgence); et pour les phlegmons pyostercoraux, on intervient directement sur eux ou on pratique l'exclusion unilatérale de l'intestin.

L'intervention dans les formes viscéro-péritonéales localisées consiste en l'ablation la plus hâtive possible (avant que la tuberculose ne gagne trop de terrain) de l'organe atteint.

Avant d'aborder le traitement par la laparotomie, il faut citer — pour mémoire seulement — plusieurs techniques opératoires, qui malheureusement, si elles font preuve d'une grande ingéniosité, n'ont pas donné ce que les auteurs at-

tendaient d'elles. Et nous dirons avec Sauvé : « Ce sont de beaux rêves chirurgicaux, et c'est tout. »

D'abord les anastomoses vasculaires proprement dites, qui n'ont aucune valeur. Puis l'omentopexie, ou opération de Talma, qui n'a pas donné grand résultat.

Puis le drainage permanent du péritoine, technique de Ruotte : « On suture l'extrémité d'une veine telle que la saphène interne à la cavité péritonéale. Le liquide ascitique, au fur et à mesure de sa production, franchit la valvule qui empêche, par ailleurs, le sang de refluer dans le péritoine. » Malheureusement on est en droit de se demander, avec Villard et Tavernier, comment l'ascite pourrait atteindre une pression supérieure à la pression veineuse, à supposer que l'anastomose reste perméable. D'ailleurs les auteurs eux-mêmes donnaient 50 % de résultats nuls en 1911.

La technique de Lambotte est plus simple, mais n'a donné aucun succès : c'est un drainage capillaire par soies et crins (sous la peau) entre la cavité péritonéale et le tissu cellulaire de la cuisse.

La technique d'Evler est une variante de celle de Lambotte, elle consiste à établir une anastomose entre le péritoine et le tissu cellulaire de la ligne blanche. Mais on conçoit combien facilement, avec cette méthode, on risque la formation de fistules tuberculeuses.

Enfin la laparotomie simple, terrain de tant de discussions. Tous les chirurgiens ont pris parti pour ou contre, et ont publié, à l'appui de leur opinion, des statistiques. Nous ne reviendrons pas sur la critique de la laparotomie par les différents auteurs, l'ayant longuement exposée dans l'Historique.

Nous nous bornerons simplement à dire que cette opération a une réelle valeur thérapeutique, mais non toujours constante. « Néanmoins chaque chirurgien garde le souvenir de véritables miracles, et non pas seulement dans la forme ascitique qui peut guérir par d'autres méthodes et même spontanément, mais encore dans des formes très gra-

ves. » Et Sauvé cite l'observation d'un miracle obtenu par lui dans un cas désespéré : « J'ai ainsi guéri une religieuse moribonde, cavitaire des deux poumons, avec une forme ulcéro-caséeuse, et à laquelle, sous-rachianesthésie, je pratiquai sur les instances désespérées de la famille, une laparotomie avec simple exposition au soleil pendant un quart d'heure des gâteaux péritonéaux. Ce fut une résurrection et trois ans après, le médecin m'écrivait que même les lésions pulmonaires s'étaient cicatrisées. »



CHAPITRE IV

Indications du traitement chirurgical et Technique opératoire

De tout ce qui précède que tirons-nous comme conclusions ?

Nous voyons que le traitement de la péritonite tuberculeuse a passé par diverses phases. Tout d'abord, on a considéré la maladie comme incurable puis on n'a plus vu que le traitement chirurgical et la laparatomie, comme moyen de sauver les malades. Enfin on s'est rabattu sur l'hygiène et le traitement médical.

Il ne faut user d'aucun exclusivisme : car il n'est pas un système de traitement qui s'impose au détriment des autres. Les traitements chirurgical, médico-chirurgical, hygiéno-diététique, peuvent être employés suivant les indications.

Cependant la plupart des auteurs s'entendent à dire que la forme ascitique surtout, et même les autres formes de la péritonite tuberculeuse, guérissent par les seuls moyens médicaux et souvent même spontanément. Partant, ils se refusent à opérer, et à faire courir aux malades les risques d'une intervention dangereuse.

Mais cette opinion est réfutable dans ses deux parties. En effet, on est sûr que les rétrocessions spontanées ou aidées par les seuls moyens médicaux, s'opéreront aussi vite et aussi complètement que celles accomplies par l'intervention chirurgicale ? Il n'est pas indifférent, en effet, d'appliquer à un malade, riche ou pauvre, une thérapeutique qui le tiendra

immobilisé et confiné à la chambre, ou, pis encore, à l'hôpital, pendant des semaines et des mois; ou au contraire, de lui permettre, quinze jours après une intervention chirurgicale, d'aller effectuer en plein air, la cure hygiénique, qui est un complément précieux et nécessaire à sa guérison définitive.

Ensuite l'opération n'est pas si dangereuse qu'on veut bien le dire et si l'on s'entoure des précautions nécessaires, l'intervention devient, nous ne voulons pas dire inoffensive, car toute opération comporte ses risques, mais tout au moins diminue-t-on de notable proportion ces dangers.

Tout d'abord la question du diagnostic se pose : mais ici on se heurte aux immenses difficultés qu'il y a pour pouvoir dire : c'est une péritonite tuberculeuse et combien souvent le chirurgien le plus expert se trompera et diagnostiquera une toute autre affection ! En fait de diagnostic de tuberculose péritonéale, nous devons être très modestes.

Quoi qu'il en soit, supposons le diagnostic posé : On se trouve en présence d'une forme ascitique cloisonnée, un ventre gros, distendu par le liquide, inégal, avec de la matité : cette ascite survenant chez une jeune fille à la suite d'une pleurésie ou même sans pleurésie, nous aura permis de dire que, presque à coup sûr, on a affaire à une péritonite tuberculeuse ascitique. De même si, chez un tuberculeux notoire, on a constaté des gâteaux péritonéaux, de la matité en damier, on pourra dire : c'est une péritonite tuberculeuse à forme ulcéro-caséuse. D'ailleurs la présence simultanée d'une pleurésie doit aider à confirmer le diagnostic, car la loi de Gaudelier souffre peu d'exceptions.

Donc, en présence de ces deux cas, que ferons nous ? Il nous semble qu'il est du devoir du médecin d'opérer et les quelques observations que nous fournissons viennent prouver que l'intervention chirurgicale est loin d'amener les résultats désastreux que beaucoup d'auteurs s'entendent à lui accorder puisque sur les 3 cas que nous citons, 2 se sont terminés par la guérison complète et le 3^e, qui a été

opéré récemment, est en bonne amélioration et permet de laisser croire à une guérison définitive.

Evidemment il est des cas plus ou moins favorables pour intervenir; si le malade est dans un état général très déficient et que l'imprégnation tuberculeuse est très grande, l'opération se fera sous un plus mauvais jour que si l'état général du sujet est moins sombre comme tableau. Cependant même dans ces cas, il faut opérer. Car, contrairement à l'avis des partisans du traitement purement médical, nous pensons que ce seul traitement ne parviendra pas (il y a pourtant des exceptions) à le rétablir, et que les risques que lui font courir une opération sont grandement compensés par la chance que l'on court de sauver un malade dans un état souvent désespéré. D'ailleurs l'observation que M. Sauvé a publiée dans le *Journal Médical français*, d'une religieuse moribonde opérée par lui, et guérie, vient prouver qu'il ne faut pas toujours reculer devant une opération souvent favorable quant aux résultats.

De plus, on fera bien de choisir, autant que possible, une période apyrétique pour intervenir, et cette intervention sera faite, comme nous le dirons tout à l'heure, un jour de luminosité utile.

Ceci dit, comment devons-nous opérer ? Dans la forme ascitique enkystée, on pratiquera la laparotomie dans une zone de matité : ainsi dans l'observation n° 3, on a fait l'incision sur la ligne médiane parce que, là, devait être une poche d'ascite enkystée. Arrivé sur le péritoine, on le ponctionne au bistouri et on pratique la vidange de cette poche; puis, le doigt introduit dans cette poche va chercher s'il n'existe pas d'autres poches, ce qui est la majorité des cas, de même que le plus souvent, ces différentes poches ne sont pas éloignées les unes des autres, et ne sont séparées que par des cloisons assez minces. Le doigt qui aura découvert une deuxième poche effondrera la cloison et l'on pratiquera la vidange de cette deuxième poche, et, s'il en existe une autre on fera de même. Puis on soulève les écarteurs mis dans la

paroi pour faire l'aération la plus complète possible de la cavité abdominale. Ceci fait, on referme, sans ajouter aucun autre procédé. On se gardera de pratiquer le lavage avec une substance modificatrice, substances qui, d'une part d'une efficacité douteuse, sont d'autre part souvent nuisibles; de même on ne pratiquera pas de drainage.

Pour les formes ulcéro-caséuses, les indications changent. Il faut opérer chaque fois qu'on soupçonne une portion de péritoine sain et il faut inciser dans cette partie de péritoine sain. On trouvera facilement quelle région du péritoine est restée intacte : en effet là où la séreuse est lésée, elle est indurée et épaissie, et donnera à la percussion une matité plus ou moins franche, alors qu'autre part, le péritoine resté sain est souple, mince et donnera à la percussion de la sonorité. Une fois le péritoine incisé on procèdera à l'aération du ventre en se gardant le plus souvent de toucher aux masses intestinales agglomérées en paquets, amincies, friables et réunies par des néo-membranes inconsistantes : d'où le danger de rupture et de complications pyostercorales, souvent mortelles. D'ailleurs la seule aération de l'abdomen guérit le malade; donc il est inutile d'aller s'exposer à des complications si graves pour en obtenir un résultat douteux. L'aération faite, on referme sans drainage.

Pour ces deux formes il faut ajouter qu'il faut opérer un jour de luminosité utile : on avait d'abord attribué la guérison des tuberculoses péritonéales par la laparotomie à l'évacuation de toxines ou à la pénétration de l'air. Mais comme le fait remarquer Témoin : « On n'évacue aucune toxine, puisque, en dehors de l'ascite, produit de défense, on n'évacue rien. L'air pénètre aussi bien par un temps sombre que par un temps lumineux, et les résultats varient suivant la lumière. »

D'où l'indication d'opérer le matin de préférence, entre 9 heures et 11 heures du matin, parce qu'il est démontré que c'est vers cette période de la journée que prédominent les rayons ultra-violets, les plus efficaces,

L'héliothérapie rendra d'ailleurs les plus grands services dans le traitement post-opératoire; mais c'est une méthode que l'on doit employer avec compétence et circonspection si l'on ne veut pas s'exposer à de graves incidents. Doit-elle être locale ou générale ? Les avis sont partagés : cependant il nous semble que la cure de soleil progressive générale donne de meilleurs résultats, parce que combattant le processus tuberculeux dans son ensemble. Rappelons que les séances d'héliothérapie doivent être progressivement allongées, qu'il faut toujours contrôler leur bienfaisant effet avec le thermomètre, que le malade doit montrer un état d'euphorie qui doit servir de repère pour la durée des séances d'exposition. S'il y a de la lassitude, de la céphalée, une élévation thermique, c'est que l'exposition au soleil aura été trop longue ou trop forte et l'on obtiendra alors le contraire de ce qu'on attendait de cette cure.

Ajoutons que l'héliothérapie est bienfaisante dans tous les climats et toutes les altitudes, ailleurs qu'à la mer et à la montagne, comme on le croyait autrefois.

A défaut de soleil on pourra faire des bains de lumière électrique ou de l'irradiation par les rayons ultra-violets, qui est en quelque sorte « l'héliothérapie du pauvre, celle de l'hôpital », appliquée beaucoup à l'hôpital Laënnec, à Paris, dans le service de M. Claisse.

Sous son influence on obtient en quelques jours l'apaisement des douleurs, la température redevient normale, l'état général et l'appétit reviennent, les adhérences fondent et l'abdomen redevient souple, que la lumière tombe directement sur le foyer tuberculeux ou qu'elle agisse sur lui à travers le revêtement cutané : elle complète l'œuvre du chirurgien et permet la guérison complète « en stimulant la résistance de tout l'organisme et faisant par conséquent regresser l'infection tuberculeuse dans ses autres localisations, et en particulier dans les ganglions trachéo-bronchiques qui ont été le point de départ de l'ensemencement du péritoine. »

Evidemment il faudra compléter l'œuvre du chirurgien et de l'irradiation par le traitement général de la tuberculose, cure de repos, suralimentation progressive, cure d'air, cure d'endurcissement, etc., traitement général que nous ne décrirons pas parce que suffisamment connu et sortant un peu du domaine du chirurgien; il appartient en propre au médecin traitant du malade d'en formuler les grandes lignes.

*
**

On trouvera ici trois observations de péritonites tuberculeuses, deux à formes ascitiques cloisonnées et une de forme ulcéro-caséreuse, traitées toutes les trois par la simple laparotomie avec aération, dont deux suivies de guérison complète. Malheureusement l'observation III est celle d'une femme opérée récemment et par conséquent nous ne pouvons pas encore conclure à sa guérison définitive, mais son état s'est tellement amélioré depuis l'opération, que nous avons les plus grandes chances d'assister à son prompt rétablissement d'ici peu.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GUYOT)

Péritonite ascitique à forme enkystée simulant la péritonite tuberculeuse fibro-caséeuse, avec fièvre. Laparotomie, ouverture de plusieurs poches. Guérison

M. N..., boucher, père de trois enfants. Sans antécédents personnels ni héréditaires. Est pris à la suite de surmenage, de fatigue générale avec anorexie et fièvre vespérale. Peu à peu le ventre augmente de volume; alternatives de diarrhée et de constipation. Amaigrissement notable.

Il y a 7 ou 8 mois que la maladie dure : le diagnostic de péritonite tuberculeuse est posé par le médecin traitant.

A l'examen, ventre très augmenté de volume, tendu et de consistance inégale. Matité remontant au-dessus de l'ombilic, fixe, ne se déplaçant pas. La température atteint 38°5 tous les jours. On décide de pratiquer la laparotomie.

Anesthésie générale. Incision de cinq centimètres dans la région sous-ombilicale. On trouve là des adhérences péritonéales qu'on décolle prudemment. Ouverture d'une première poche de liquide citrin (2 litres environ). Le doigt est introduit dans le fond de la plaie et sent une résistance assez tendue : ouverture d'une deuxième poche contenant 3 ou 4 litres environ de liquide. On fait entrer de l'air dans le péritoine. Puis suture sans drainage. Suites normales.

Actuellement, six mois après l'opération, le malade est guéri et a repris depuis, ses occupations, après deux mois de repos et de traitement général de la tuberculose.

Dès l'opération, la fièvre est tombée, l'appétit et les forces sont revenus.

OBSERVATION II (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GUYOT)

Péritonite tuberculeuse à forme ulcéro-caséuse simulant un kyste de l'ovaire à pédicule tordu. Laparotomie. Guérison.

Mlle Bl., de La Réole, 20 ans, est malade depuis six mois, et soignée pour des crises d'appendicite. Elle est conduite à M. le Professeur Guyot pour des accidents douloureux du ventre survenant par crises violentes. Il s'agit d'une jeune fille d'apparence robuste, mais le teint très pâle; depuis trois mois les règles viennent irrégulièrement. Amaigrissement notable.

A l'examen, ventre augmenté de volume et présentant à droite, dans la fosse iliaque, une tumeur de la grosseur des deux poings, à contours arrondis, nets : le contact est très douloureux. C'est cette tumeur qui occasionne les crises violentes de douleur avec vomissements, survenant toutes les semaines environ : constipation opiniâtre, anorexie, fièvre par poussées de temps en temps.

Diagnostic posé : kyste de l'ovaire à pédicule tordu. Laparotomie : dès le ventre ouvert, on note un épaissement du péritoine, des adhérences nombreuses et un semis de granulations tuberculeuses sur tout le péritoine.

La tumeur, à droite, est due à un amas d'anses intestinales, d'épiploon et de grosses masses tuberculeuses. Aération du ventre. On referme sans drainage.

Suites opératoires : la malade est mise au régime de la suralimentation, car elle était depuis longtemps à la diète en raison du diagnostic posé d'appendicite. Pendant trois mois, repos absolu à la campagne : l'état général s'améliore, la malade mange avec appétit, la fièvre disparaît, la tumeur abdominale fond, le poids augmente.

Guérison complète actuellement; les crises douloureuses ont disparu : le ventre est devenu souple et non ballonné.

OBSERVATION III (Personnelle)

(Inédite)

(Recueillie dans le service de M. le Professeur GUYOT)

Péritonite ascitique à forme enkystée. Laparotomie, ouverture de plusieurs poches. Guérison.

La malade, Marie E..., domestque, âgée de 22 ans, entre le 7 novembre 1923 à l'hôpital, dans le service de M. le Docteur Carles, se plaignant de douleurs lombaires et épigastriques et parce que son ventre a augmenté rapidement de volume. Elle est transférée dans le service de M. le Professeur Guyot le 25 novembre (salle 1, lit n° 10).

Histoire de la maladie. — La maladie remonte à trois semaines. Après une série de 6 injections intra-veineuses anti-syphilitiques, cette femme a vu son ventre enfler progressivement. En même temps qu'elle souffrait de la région épigastrique, elle a vu ses douleurs et sa pesanteur du ventre augmenter tellement qu'elle a dû suspendre son travail. Dans les trois premiers jours passés à l'hôpital, il s'est produit une légère pollakiurie avec oligurie (400 gr. d'urines dans la journée). Selles normales. L'appétit a diminué notablement depuis trois semaines. Insomnie, sommeils courts, cauchemars depuis le début de la maladie sans caractères éthyliques.

Antécédents personnels. — Venue à terme, de santé toujours délicate. A 9 ans, pleurésie et bronchite. Réglée à 12 ans, mais avec menstrues irrégulières, douloureuses, peu abondantes et de courte durée (demi-journée).

Opérée d'une métro-annexite le 14 juillet 1922, par M. le Professeur Bégouin, qui pratiqua l'hystérectomie subtotale.

En août 1923, ictère sans fièvre.

Il y a un mois on lui fait un Wasserman qui donne un résultat positif : à la suite de quoi on lui fit une série d'injections (6). La malade déclare qu'on ne lui a jamais reconnu aucun accident spécifique.

Antécédents héréditaires. — Père mort de maladie de cœur à 60 ans.

Mère morte de tumeur néoplasique de l'utérus à 50 ans.

Deux frères en bonne santé.

Une sœur et une demi-sœur bien portantes.

Examen :

Etat général assez satisfaisant, pas d'amaigrissement notable. Pommettes rouges, particulièrement à gauche. Température à exagérations vespérales.

Appareil digestif : Langue légèrement saburale, mauvaise dentition. Anorexie. Abdomen augmenté de volume, globuleux. On note au-dessus de l'ombilic, dans la région épigastrique, une voussure très nette. Sur la ligne médiane, cicatrice sous-ombilicale, trace de l'opération subie, il y a un an et demi : l'ombilic est retourné.

La peau du ventre est luisante, sans circulation collatérale. La malade se présente dans le décubitus dorsal : son ventre globuleux change sensiblement de forme lorsqu'elle prend différentes positions dans son lit (position sur le côté en particulier).

La percussion dénote une zone de franche matité en forme de croissant de lune, siégeant dans l'hypogastre et dans la région ombilicale, remontant de chaque côté dans les flancs et les lombes : la zone située au-dessus de cette zone à concavité inférieure est nettement sonore. En position décline, très léger déplacement de la matité.

A la palpation, ventre très tendu. Sensation nette de flot. Ni diarrhée, ni constipation.

Cœur : Tachycardie (100 pulsations à la minute). Premier bruit claquant. Pas de souffle. Léger œdème permalléolaire.

Appareil urinaire : Pollakiurie avec légère oligurie. La malade urine 700 grammes dans la journée. Ni sucre, ni albumine, ni acétone.

Appareil génital : Hystérectomie subtotale, ménopause artificielle.

Appareil respiratoire : Thorax amaigri. En arrière, matité limitée à gauche jusqu'à la pointe de l'omoplate. Epreuve du sou

très nette. A l'auscultation, murmure vésiculaire aboli. La ponction donne du liquide.

Système nerveux : Rien.

Colonne vertébrale : On remarque une dépression très nette et très marquée au niveau des 5^e, 6^e et 7^e vertèbres cervicales. Cette région est douloureuse soit à la pression, soit quand on essaie de mobiliser latéralement chaque apophyse épineuse (épreuve de Callot). La malade est insensible à l'épreuve du froid.

Système hépatique : La palpation du foie est rendue très difficile du fait de la tension de la peau. Rebord costal douloureux à la pression.

Il a été fait chez M. le Docteur Carles une ponction exploratrice qui a donné environ 800 gr. de liquide, le 27 novembre. L'examen du culot de centrifugation montre de nombreux lymphocytes et hématies. Depuis cette ponction la malade souffre moins et s'alimente mieux.

Opération :

La malade est opérée le 27 novembre 1923, par M. le Professeur Guyot.

Anesthésie locale à la novocaïne à 1/200. Deux grandes ampoules. On présente l'abdomen et dans une zone mate on incise jusqu'au péritoine : celui-ci est violacé. On le ponctionne au bistouri et il s'écoule du liquide citrin. Le doigt introduit dans le petit bassin et vers la colonne vertébrale, on ouvre une deuxième poche, dont on pratique la vidange : le péritoine est souple et épais. Les anses intestinales sont agglomérées en paquets recouverts de granulations. Les écarteurs mis dans la paroi sont soulevés pour aérer la cavité abdominale. Une biopsie du péritoine est pratiquée aux fins d'examen. Durée de l'opération : 20 minutes.

Suites opératoires :

Le 28 novembre, lendemain de l'opération, la malade a le facies reposé. Toutefois, la veille au soir, elle a été prise de toux avec expectoration spumeuse. Ventouses au niveau des deux bases où l'auscultation avait trouvé de nombreux râles.

L'examen du laboratoire donne : « Il s'agit d'une péritonite tuberculeuse sans aucun doute : on trouve des tubercules conglo-

mérés, quelques-uns avec grosses cellules géantes. La lésion procède par de larges nappes de tissu inflammatoire. »

Dès le 28, on fait des bains de lumière électrique; et le 2 décembre la température qui auparavant oscillait dans les alentours de 38° et même 39°, tombe dans le voisinage de 37° et quelques dixièmes.

Il s'agit dans cette observation, d'un *syndrome pleuro-péritonéal* avec ascite enkystée. La laparotomie de l'ovaire a permis l'évacuation de deux poches kystiques importantes refoulant le diaphragme et gênant la respiration.

L'opération très simple, a produit une amélioration immédiate : on ne peut encore juger son action curative sur la maladie en raison de la date récente de l'intervention.

CONCLUSIONS

1° La laparatomie, merveilleuse méthode dans les formes d'ascite tuberculeuse libre, est aussi indiquée dans les formes ascitiques enkystées et ulcéro-caséuses de cette maladie.

2° Il faut choisir le moment favorable pour intervenir : le malade ne devra pas être trop déficient quant à l'état général et autant que possible on attendra une période apyrétique pour opérer.

3° L'opération que l'on pratiquera sera la laparotomie en incisant dans une portion du péritoine sain, pour les formes ulcéro-caséuses et dans une zone de matité pour les formes ascitiques enkystées. Pour les premières de ces formes : ouverture de la paroi et du péritoine; pour les secondes, ouverture de la paroi de la première poche au bistouri et effondrement au doigt des cloisons séparant celle-ci des autres poches possibles.

4° On rejettera systématiquement toute injection modificatrice ou drainage. On pratiquera la seule aération de l'abdomen.

5° Il est bon d'opérer par un jour de luminosité utile; on pourra pratiquer ensuite l'héliothérapie ou les bains de lumière artificielle.

6° Naturellement après l'opération, on instituera le traitement général antituberculeux progressif : suralimentation, cure de repos, cure d'air, etc., qui contribuera au rétablissement complet du malade.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président :

J. GUYOT.

Vu :

Le Doyen :

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 12 décembre 1923.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ARMAND-DELILLE. — *Presse Médicale de Paris*, 1913.
- BACIOCCHI. — *Riforma Medica*, 1893.
- BERGER. — *Revue générale de clinique et thérapeutique*, Paris, 1906 : « La péritonite tuberculeuse. »
- BESNIER. — *Etranglements internes de l'intestin*. Paris, 1860.
- BONET. — Thèse médicale de Bordeaux, 1902. « Le traitement de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie. »
- BRACHET. — Thèse médicale de Lyon, 1897. « Réflexions sur quelques cas de péritonite tuberculeuse par la laparotomie.
- COSSY. — *Mémoires de la Soc. médicale d'observation*, 1856.
- CZERNY. — *Centralblatt für Gynakologie*, 1890.
- ELMASSIAN. — Contribution à l'étude de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. Thèse de Paris, 1890.
- FAUGAS. — Thèse médicale de Paris.
- GAUCHET. — *Union médicale de Paris*, 1858. « De la péritonite chronique simple et tuberculeuse et des tubercules du péritoine. »
- HENROT. — Des pseudo-étranglements que l'on peut rapporter à la paralysie de l'intestin. Thèse inaugurale, 1868.
- JOSSERAND. — Traitement de la péritonite tuberculeuse. *Lyon Médical*, 1906.
- KUSTER. — *Centr. f. chirurgy*, 1892.
- LE DENTU. — *Presse Médicale Paris*, 1920 (annexe).
- LINDFORS. — Om tuberculositis peritonei med sorskildt afsence på diagnosi och operativ behandling. Ett bidrag till bekvem Kiriugi. Lemd, 1889.

- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Sur la péritonite tuberculeuse. Curabilité et traitement. *Journal de médecine et de chirurgie pratique*. Paris, 1882.
- MARINOTTI. — *Riforma Medica*, 1893.
- MAURANGE. — De l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse. Etude critique et statistique. Thèse médicale de Paris, 1888.
- NELATON. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1896.
- PÉRIER. — *Annales de méd. et chir. infantile*, Paris, 1911, 1912.
- PIC. — Essai sur la valeur de l'intervention chirurgicale dans les péritonites tuberculeuses. Thèse méd. Lyon, 1890.
- PIRET. — Traitement de la péritonite tuberculeuse. *Archives médicales belges*, Bruxelles, 1913.
- PRIBRAM. — *Prager mediz. Wochenschrift*, 1887.
- ROBIN. — Le traitement de la péritonite tuberculeuse. *Revue générale de clinique et thérapeutique*, Paris, 1907.
- RORSCH. — *Revue de chirurgie*, 1893.
- SECHEYROU. — Du traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse. Indications et contre-indications. *Nouvelles Archives d'obstr. et de gynécol.*, Paris, 1887.
- STÉVENIN. — *Bulletin Médical*, Paris, 1920.
- VAUVERTS. — *Gazette des Hôpitaux*, Paris, 1919.
- VIERSRDT. — Tuberculose der serösen häuten. *Zeitschrift für Klin. Medizin*.
- WIDAL. — La péritonite tuberculeuse, son traitement. *Médecine Moderne*, Paris, 1905.
- WINCKEL. — Rapport au XII^e Congrès de chirurgie de Moscou, 1897.
-

Imprimerie
SAMIE FILS FRÈRES

8, Rue de Cursol, 8

BORDEAUX

